

入所申込日 平成 年 月 日

入 所 申 込 書	No.
-----------	-----

私は、別紙の諸規則に同意したうえ、貴所へ入所いたしたく、申込み致します。

料 金	車 種		仮免入所		限定解除
	AT	MT	AT	MT	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

フリガナ				性 別	生 年 月 日		
氏 名	Ⓜ			男・女	昭和 ・ 平成	年 月 日	歳
フリガナ							
本 籍	〒						
現 住 所	〒						
電話番号	( )			職 業 (学生は学校 名)			
携帯電話	( )						

所持免許	種類						条件		
	番号	—					公安委員会		
	交付	年 月 日	取得	年 月 日	有効	年 月 日			

次のこととお読みになって該当するところに○をつけてください。

当所に決めたキッカケは次のどれですか	1.ポスター・チラシ・パンフレット等 2.HP 3.LINE@ 4.キャンペーン 5.料金 6.知人・家族の勧め 7.在校生・卒業生紹介 8.大学生協 9.送迎車 10.自宅が近い 11.託児室 12.職員紹介
--------------------	---

※二重線の枠内は事務員が記載します。

適 格 検 査	視 力					眼鏡使用	無 ・ 有 ( 眼鏡 ・ コンタクト )	
	左		右		両眼			
	色別	<input type="checkbox"/>	四肢	<input type="checkbox"/>	聴力	<input type="checkbox"/>	応急救護	無 ・ 有 ( )

全納 ・ 毎時 ・ SH ・ マルイ ジップラス ・ 大学生協 仮入 ・ 限定解除	オプション	4 ・ 6 ・ 8 ・ スピード 安心 ・ 女性限定安心ー¥10,000引き
備考	合計金額	

担当		会計

## 免許取得欠格事由の申告と確認

当所は、東京都公安委員会の指定する指定自動車教習所になっている関係で、ご入所の際、試験場からの指示により、お客様の健康状態、過去において交通処分を受けたかを普通自動車教習契約書特約条項第2条「免許取得欠格事由」に基づき、当所にご申告いただき、確認させていただいております。

下記の質問事項の「はい」に該当する場合は、「運転適性相談窓口」にご相談していただき、確認を取ってからの入所手続きとなります。

該当する項目について、該当する口にレ印をつけて申告をお願い致します。

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 下記のいずれかの病気にかかっている。<br>認知証、統合失調症、てんかん、再発性の失神、無自覚性の低血糖症、そううつ病、<br>重度の眠気の症状を呈する睡眠障害、その他運転に支障のあるもの   | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 2. 過去5年以内において、病気（病気の治療に伴う症状も含みます。）を原因として、<br>または原因は明らかではないが、意識を失ったことがある。  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 3. 過去5年以内において、病気を原因として、身体の全部または一部が、一時的に思い<br>通りに動かせなくなったことがある。  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 4. 過去5年以内において、十分な睡眠時間を取っているにもかかわらず、日中、活動し<br>ている最中に眠り込んでしまった回数が週3回以上となったことがある。  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 5. 過去1年以内において、次のいずれかに該当したことがある。<br>・飲酒を繰り返し、絶えず体内にアルコールが入っている状態を3日以上続けたことが<br>3回以上ある。<br>・病気の治療のため、医師から飲酒をやめるよう助言を受けているにもかかわらず、飲<br>酒したことが3回以上ある。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 6. 病気を理由として、医師から、運転免許の取得または運転を控えるよう助言を受け<br>ている。  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 7. 聴力、視力、手や足等に、運転に支障となる障がいがある。  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 8. 過去に無免許運転等の処分歴がある。  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 9. 過去に交通事故を起こしたことがある。   | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 10. 過去に免許の取消処分を受けたことがある。  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 11. 過去に免許の停止処分を受けたことがある。  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |

私は、上記のとおり回答し、それを証するために署名押印致します。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印